

# Trauma, life events and PTSD : a challenge for patients and family doctors

Citation for published version (APA):

Mol, S. S. L. (2002). *Trauma, life events and PTSD : a challenge for patients and family doctors*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Universiteit Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20020920sm>

## Document status and date:

Published: 01/01/2002

## DOI:

[10.26481/dis.20020920sm](https://doi.org/10.26481/dis.20020920sm)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

# Summary

Chapter 1

Chapter 2

Chapter 3

Chapter 4

Chapter 5

Chapter 6

Chapter 7

Chapter 8

**Summary**

Samenvatting

Dankwoord

Curriculum

Appendix 1

Appendix 2

In this thesis we describe a study we performed on general practice care for patients who have experienced traumatic events, and on symptoms of post-traumatic stress after both traumatic and other stressful events. After a general introduction to the topic in the first chapter, six chapters follow in which the separate parts of the study are presented.

The first part of our study, described in **chapter 2**, is a literature study on the incidence of traumata in the Netherlands. We reviewed the literature between 1984-1998 on the incidence of accidents, fires, murder, robbery, and physical and sexual abuse, and found 10 enquiries in the open population, 4 national registration systems and 4 studies performed in general practices. The incidences found differ greatly from study to study, depending on data sources and definitions. In general the registration studies - whether they be police records or general practice records - showed much lower incidences than the surveys held in the open population. This makes it difficult to calculate an overall incidence for victimization in the population. A second aim of our literature review was to give an estimate of the extent to which GPs are aware of their patients' experiences. Abuse was the only topic for which the data sufficed: there was a factor difference between 20 and 60 for physical abuse and between 7 and 100 for sexual abuse, indicating that GPs register only a small percentage of their patients' experiences with abuse.

**Chapter 3** aims at giving insight in the care patients assign their general practitioner after experiencing one of the following events: serious accidents, burglary, robbery, physical and sexual abuse, disasters and war. A postal questionnaire was sent to a random sample of 2997 patients of 20 years and over. The patients were recruited from the practice population of 32 GPs who participate in a registration network of academic practices connected to Maastricht University. Fifty percent of the patients responded. The majority of those who experienced traumatic events found they coped well enough without professional help. For those who did want help the GP played an important role. Care can be improved in several ways: GPs should be more supportive and attentive when being consulted about this topic and patients would like the doctor to be more active in bringing up the topic, as well as in initiating follow-up. Also, it should be made clear to patients that the GP can play a role in caring for those who have trouble coping with a traumatic event, and that what the patient tells the GP is confidential.

In **chapter 4** the perspective of the doctor is described: which problems do GPs experience when caring for patients who have experienced traumatic events in the past (an accident or incest), or patients who live in a traumatic situation (physical or sexual abuse in the home, of children or adults). A

random selection of 500 Dutch doctors, both sexes equally represented, were asked to participate in a telephone interview. Forty-two percent took part. They experienced the most problems in dealing with cases of (suspected) child abuse that was still ongoing. Topics in which the greatest number of GPs felt their knowledge and skills were insufficient were: recognizing signals of ongoing abuse in the home, the phase of confronting the parents of a child that one suspects to be abused, and the initial stages of counselling. These topics should receive special attention in the training of doctors. Another major problem encountered by some two-thirds of doctors was the lack of capacity when referring, a topic policy-makers should look into further.

To further assess the iceberg phenomenon studied in chapter 2, we studied the awareness of the GPs described in chapter 3, of their patients' experience with accidents, disaster, war, robbery, burglary and abuse either in childhood or adulthood (**chapter 5**). From the population described in chapter 3, we chose all patients who had experienced an event, as well as a random sample of patients who indicated they had not experienced any traumatic events. The patients' GPs were asked what they knew about the experiences of these patients, without being told, of course, what they had disclosed to us about their experiences. Highest awareness was found for physical abuse as an adult (16.9%), lowest awareness for burglaries (0.9%). On average, the general practitioner was aware of 7.9% of patients' traumatic events. Of the events told to the general practitioner (this one or a previous one), the doctor was aware of one quarter. Patient characteristics that predicted GP awareness (multivariable analysis) were: lower level of education (OR 0.60, 95% CI 0.38-0.93), having told the doctor about the event (OR 3.3, 95% CI 1.5-7.2) and having a physical handicap caused by the event (OR 7.0, 95% CI 2.8-18). Data about the GPs were also collected, in order to identify characteristics that predict awareness; none were shown to be predictive. In conclusion, the hypothesis on the basis of the literature study was confirmed, namely that GPs are aware of a small percentage of their patients' traumatic events; several patient characteristics contribute to this awareness.

In **chapter 6**, we describe a study in which we compared symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in two groups of patients: those who have experienced traumatic events typical for generating PTSD, such as accidents and abuse, and those who have experienced other stressful events such as unemployment, divorce, chronic illness (life events). The subjects from the study population described in chapter 3 had filled out a PTSD symptom checklist (Post-traumatic Stress Symptom Scale - Self-report Version, PSS-SR, developed by Foa) for their worst event. Of the 1498 respondents, 852 were eligible for this part of the study. The data showed that the PTSD

scores were higher on average for the life events than for the traumatic events that happened in the past 30 years; for earlier events the scores were the same for both types of events. These findings could not be explained by differences in demographics, trauma indicators or individual item scores, nor by differences in the distribution of the total PTSD scores. We conclude that life events can generate at least as many PTSD symptoms as traumatic events. Our findings call for further studies on the specificity of traumatic events to generate PTSD.

It is important that the GP recognizes patients with post-traumatic stress disorder (PTSD) in order to initiate adequate intervention. Recognition will be enhanced by knowing the characteristics of patients with PTSD symptoms. The study on this topic, performed in the population described in chapter 3, is described in **chapter 7**. Data of 968 of the 1498 respondents qualified for this part of the study. This was a larger group than the one described in chapter 6 as we now included patients who had chosen two or more worst events besides those who had chosen one worst event only. Using linear regression analysis, with the total PTSD symptom score as continuous outcome variable, the following personal and health characteristics were found to be independently associated with a high PTSD score: living without a partner, having an occupation that requires a low level of education, type of worst event experienced, having experienced several traumatic events, paying frequent visits to the GP, the use of sedatives and visiting a mental health care worker. Being elderly was shown to protect for PTSD symptoms. Knowledge of these characteristics can alert the GP to the presence of PTSD. In future these indicators should preferably be studied longitudinally to gain insight in which of these have a causal relation with PTSD, and thus to facilitate selective follow-up of those at risk of the disorder.

In the last chapter (**chapter 8**) the findings are summarized and the research methodology discussed. Also, recommendations for future research and for daily practice are given. The latter have been discussed in an expert meeting, the minutes of which can be found in appendix 1. The recommendations have also been incorporated in a booklet with tips for GPs on communicating with patients who have experienced traumatic events; it can be found as an attachment to the back cover of this thesis.

# Samenvatting

Chapter 1

Chapter 2

Chapter 3

Chapter 4

Chapter 5

Chapter 6

Chapter 7

Chapter 8

Summary

**Samenvatting**

Dankwoord

Curriculum

Appendix 1

Appendix 2

In dit proefschrift wordt een onderzoek beschreven over de hulp van de huisarts aan patiënten die traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, alsmede over symptomen van posttraumatische stress, zowel na traumatische gebeurtenissen als na andere ingrijpende gebeurtenissen. Na een algemene inleiding op het onderwerp in het eerste hoofdstuk, volgen zes hoofdstukken waarin de verschillende onderdelen van de studie besproken worden.

Het eerste onderdeel van deze studie, beschreven in **hoofdstuk 2** is een literatuurstudie over de incidentie van traumata in Nederland. De traumata die we bestudeerden zijn ongevallen, brand, moord, beroving, plotse dood, fysieke mishandeling en seksueel misbruik. Tien enquêtes in de open populatie, vier landelijke registratiesystemen en vier studies uitgevoerd in de huisartspraktijk werden tussen 1984 en 1998 gepubliceerd. De gevonden incidenties variëren sterk, afhankelijk van de bron, de methodologie en de gebruikte definities. In het algemeen geven de registratie studies - bijgehouden door de politie of door huisartsen - veel lagere incidenties dan de enquêtes gehouden in de open bevolking. Dit bemoeilijkt het berekenen van een incidentie van slachtofferschap in de populatie.

Een tweede doel van onze literatuurstudie was het schatten van de mate waarin huisartsen op de hoogte zijn van de gebeurtenissen die hun patiënten meemaken. De enige gebeurtenissen waarover voldoende gegevens voorhanden waren, bleken fysieke mishandeling en seksueel misbruik te zijn. Er was een factor 20 tot 60 verschil tussen de incidentie van fysieke mishandeling blijkend uit enquêtes in de open bevolking en de incidenties in huisartsenregistraties. Voor seksueel misbruik was dit verschil 7 tot 100 maal.

In **hoofdstuk 3** wordt inzicht gegeven in de visie van patiënten op de huisartsenzorg na één van de volgende gebeurtenissen: ernstig ongeval, inbraak, beroving, fysieke of seksuele mishandeling, ramp en oorlog. Aan 2997 willekeurig geselecteerde patiënten van 20 jaar en ouder werd een schriftelijke enquête toegestuurd. De steekproef werd getrokken uit alle patiënten ingeschreven bij één van de 32 huisartsen die deelnemen aan het Registratie Netwerk Huisartspraktijken van de Universiteit Maastricht (RNH). Vijftig procent van de patiënten stuurden de enquête terug. De meerderheid vond dat ze goed konden omgaan met traumatische gebeurtenissen zonder professionele hulp. Voor degenen die wel hulp wensten, speelde de huisarts een belangrijke rol. De zorg kan op de volgende manieren verbeterd worden: de huisarts zou meer steun moeten geven, meer aandachtig moeten luisteren en de patiënt meer serieus moeten nemen. Een deel van de patiënten zou ook graag willen dat de huisarts zelf het onderwerp ter sprake brengt en een vervolgspraak voorstelt. Sommige patiënten aarzelen of het onderwerp wel medisch genoeg is om met de huisarts te bespreken en zijn bevreesd dat wat

zij de huisarts vertellen verder verteld zal worden. Aan deze aspecten dient in de scholing van huisartsen aandacht besteed te worden.

Het perspectief van de huisarts op het verlenen van zorg na traumatische gebeurtenissen wordt beschreven in **hoofdstuk 4**. Aan 500 Nederlandse huisartsen, willekeurig getrokken uit een bestand van alle Nederlandse huisartsen, werd gevraagd deel te nemen aan een telefonische enquête. Ter sprake kwamen problemen die huisartsen ervaren bij de zorg aan patiënten die moeite hebben met het verwerken van een gebeurtenis uit het verleden (een ongeluk of incest) en patiënten die in de huiselijke kring worden mishandeld of misbruikt, zowel kinderen als volwassenen. De respons was 42%. De geënquêteerden ondervonden de meeste problemen bij het omgaan met gezinnen waarin kinderen mishandeld of misbruikt worden. Ongeveer de helft van de deelnemende huisartsen vond dat ze onvoldoende kennis en vaardigheden had voor het herkennen van signalen van huiselijk geweld, het confronteren van de ouders van een kind dat vermoedelijk mishandeld wordt, en met het aanvangen met een behandeling. Dit zijn allen onderwerpen voor nascholing. Een probleem dat door tweederde van de dokters ervaren werd, was het gebrek aan mogelijkheden om te verwijzen. Dit onderwerp verdient bijzondere aandacht van beleidsmakers in Nederland.

Samenvatting

Om meer zicht te krijgen op het ijsbergfenomeen - kort beschreven in hoofdstuk 2 - bestudeerden we in welke mate de huisartsen wiens patiënten deelnamen aan de schriftelijke enquête beschreven in hoofdstuk 3, op de hoogte zijn van de gebeurtenissen die hun patiënten meemaken. Het betrof ongelukken, rampen, oorlogen, berovingen, inbraken, fysieke mishandeling en seksueel misbruik (**hoofdstuk 5**). De huisartsen kregen over alle patiënten die aan de onderzoeker één of meer van deze traumata hadden gemeld, en van een random steekproef patiënten die geen traumata hadden gemeld, een vragenlijst over welke gebeurtenissen hun patiënten volgens hen hadden meegemaakt. De huisartsen bleken het beste op de hoogte van lichamelijke mishandeling bij volwassenen (16,9 %) en het minst goed op de hoogte van inbraken (0,9 %). Gemiddeld bleken de huisartsen van 7,9% van de gebeurtenissen op de hoogte. Van de gebeurtenissen die ooit aan een huisarts verteld waren was de huidige huisarts van één kwart op de hoogte. Bij patiënten met bepaalde kenmerken bleek de huisarts beter op de hoogte dan bij anderen (multi-variabele analyse): weinig onderwijs genoten hebben (OR 0,60 , 95% BI 0,38-0,93), het aan de huisarts verteld hebben van de gebeurtenis (OR 3,3 , 95% BI 1,5 - 7,2) en het hebben van een lichamelijke handicap als gevolg van de gebeurtenis (OR 7,0 , 95% BI 2,8 - 18). Er werd ook gekeken of bepaalde huisartskenmerken voorspellend waren voor het op de hoogte zijn; dit bleek echter niet het geval. Samenvattend werd de hypothese gebaseerd op het literatuuronderzoek bevestigd: huisartsen zijn



gewaar van een klein percentage van de traumatische gebeurtenissen van hun patiënten. Enkele patiëntenkenmerken zijn hierbij voorspellend.

De patiënten uit de studiepopulatie die werd beschreven in hoofdstuk 3 hadden over hun meest ernstige gebeurtenis een vragenlijst over posttraumatische stress stoornis (PTSS) ingevuld (Post-traumatic stress Symptom Scale - Self Report version, PSS - SR, ontwikkeld door Foa). In **hoofdstuk 6** wordt een studie beschreven waarin twee groepen patiënten worden vergeleken ten aanzien van symptomen van posttraumatische stress. De eerste groep zijn mensen wier meest erge gebeurtenis een gebeurtenis was die volgens de DSM IV aanleiding kan zijn tot PTSS, zoals een ongeval of mishandeling, een zogenaamde traumatische gebeurtenis. Mensen die als meest erge gebeurtenis een life event aangaven (bijvoorbeeld ontslag, scheiding of een chronische ziekte), vormden de tweede groep.

Van onze 1498 respondenten kwamen er 852 in aanmerking voor dit deel van de studie. Voor de gebeurtenissen van de afgelopen 30 jaar bleken de PTSS-scores hoger indien het een life event betrof dan indien het een traumatische gebeurtenis was; voor gebeurtenissen die langer dan 30 jaar geleden gebeurd waren, bleken de scores even hoog voor beide soorten gebeurtenissen. Deze bevindingen konden niet verklaard worden door verschillen in demografische kenmerken, trauma indicatoren of individuele item-scores noch door verschillen in de verdeling van de PTSS-scores. Samenvattend concluderen we dat life events minstens even veel PTSS-symptomen kunnen geven als traumatische gebeurtenissen. Verder onderzoek naar de specificiteit van traumatische gebeurtenissen voor het veroorzaken van PTSS is geïndiceerd.

Kennis van de kenmerken van patiënten met PTSS zal de herkenning van deze aandoening ten goede komen. Dit onderdeel van de studie, uitgevoerd in de populatie beschreven in hoofdstuk 3, staat beschreven in **hoofdstuk 7**. De gegevens van 968 respondenten werden geanalyseerd. Dit is een grotere groep dan de groep beschreven in hoofdstuk 6, aangezien naast de patiënten die als ergste gebeurtenis één gebeurtenis hadden gekozen, ook de patiënten konden meedoen die twee of meer "meest ernstige gebeurtenissen" hadden gekozen. Na de lineaire regressie analyse, met de totale PTSS score als uitkomstmaat, bleken de volgende patiënten- en gezondheidskenmerken onafhankelijk geassocieerd met een hoge PTSS-score: leven zonder partner, een beroep hebben met een laag opleidingsniveau, de aard van de gekozen meest ernstige gebeurtenis, het meegemaakt hebben van meerdere traumatische gebeurtenissen, het frequent bezoeken van de huisarts, het gebruik van kalmeringsmiddelen en bezoek aan maatschappelijk werk of psycholoog. Ouder zijn bleek te beschermen tegen PTSS-symptomen. In de toekomst zouden deze en andere indicatoren bij voorkeur longitudinaal onderzocht

dienen te worden om te kijken of de relatie met PTSS causaal is; met die informatie zou een selectieve follow-up kunnen plaatsvinden van patiënten met een hoog risico op PTSS na een traumatische gebeurtenis.

In het laatste hoofdstuk (**hoofdstuk 8**) worden de bevindingen samengevat en de onderzoeksmethodologie besproken. Ook worden er aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en voor de dagelijkse praktijk gegeven. De aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk zijn besproken in een expert bijeenkomst waarvan de notulen zijn toegevoegd in appendix 1. De aanbevelingen zijn bovendien opgenomen in een cahier voor communicatie en attitude over ingrijpende gebeurtenissen; dit is bijgevoegd als bijlage.